|  |
| --- |
| **DOSSIER UNIQUE** |
| **Partie médicale****ACT** – Appartement de Coordination Thérapeutique**ACT Hors les murs****LAM** – Lit d’Accueil Médicalisé |

# Dossier Médical de Demande d’Admission

*En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les données à caractère personnel collectées seront traitées en commission d’admission. Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans puis seront détruites.*

Document confidentiel à l’attention du médecin coordinateur:

A transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : Association ACARS – Commission d’Admission 150 rue Antoine Durafour 42100 St-Etienne

Ou par messagerie à : admission@association-acars.fr

[ ]  **Demande d’Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement**

[ ]  **Demande d’Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs**

[ ]  **Demande de Lits d’Accueil Médicalisés**

## Médecin instruisant la demande

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tampon :

Médecin traitant

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Identité du patient

Nom – Prénoms :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Féminin [ ] Masculin [ ] Transgenre [ ] Intersexe

Tél :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Données médicales

Très important ! Joindre les comptes rendus de consultation et d’hospitalisation les plus pertinents.

### Maladie chronique principale motivant la demande d’admission :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] **Stabilisée** [ ] **Evolutive Stade :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date du début de la maladie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### Pathologies associées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Troubles psychiques / psychiatriques : [ ] Oui [ ] Non

Si oui, lesquels :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi : [ ] Oui [ ] Non Service ou médecin référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement : [ ] Non [ ] oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Symptômes comportementaux et psychologiques :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Idées délirantes | [ ] Irritabilité / instabilité de l’humeur |
| [ ] Hallucinations | [ ] Déambulation pathologique |
| [ ] Agitation, agressivité | [ ] Gestes incessants |
| [ ] Dépression | [ ] Troubles du sommeil |
| [ ] Anxiété | [ ] Troubles de l’appétit |
| [ ] Exaltation de l’humeur | [ ] Désinhibition |
| [ ] Apathie, indifférence | [ ] Autres |

Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Conduites addictives : [ ] Alcool [ ] Tabac [ ] Autres addictions

Préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de substitution :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Depuis quand :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi en centre spécialisé : [ ]  Oui [ ]  Non

Suivi en médecine de ville : [ ]  Oui [ ]  Non

Grossesse en cours :

[ ] Non [ ] Oui, date prévue d’accouchement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Antécédents médicaux chirurgicaux :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Allergies :

[ ]  Non [ ] Oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement en cours : (joindre une copie des dernières ordonnances)

Médicamenteux : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gestion habituelle des traitements : Autonome [ ] Oui [ ] Non

Par une IDE : [ ] Passage quotidien [ ] Passage hebdomadaire

Projet de soins : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ? [ ] Oui [ ] Non (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ventilation : (concerne demande LAM)

Oxygénothérapie : [ ] Non [ ] Oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ? [ ] Oui [ ] Non

VNI : [ ] Non [ ] oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Kinésithérapie respiratoire : [ ] Non [ ] Oui (nombre de séances/semaine) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Trachéotomie : [ ] Non [ ] Oui

Soins techniques associés :

[ ]  Pansement

Préciser type de pansement, localisation, stade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Soins cutanés – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Perfusion sous-cutanée

[ ] Perfusion intra-veineuse – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Autre – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, etc) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Insulino thérapie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Présence d’un germe multi-résistant : [ ] Oui [ ] Non

Précaution complémentaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autonomie :

Déficit cognitif : [ ] Non [ ] Oui, préciser score MMS Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alimentation | Hygiène - Toilette | Continence |
| [ ] Autonome[ ] Besoin d’aide pour s’alimenter[ ] Régime particulier Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ] Fausse route[ ] Alimentation entérale[ ] Alimentation parentérale | [ ] Autonome[ ] Aide partielle[ ] Aide totale | [ ] Incontinence urinaire[ ] Incontinence fécale[ ] Sonde à demeure[ ] Stomie (type) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Communication | Déplacement - Orientation | Appareillage |
| [ ] Aisance[ ] Difficultés à s’exprimer[ ] Difficultés de compréhension[ ] Déficience auditive[ ] Non verbale[ ] Barrière de la langue :* Dit quelques mots en français [ ]
* Se fait comprendre pour la vie quotidienne [ ]
* Conversation possible [ ]
 | [ ] Autonome[ ] Difficultés physiques (escalier, marche prolongée…)[ ] Aide pour les déplacements :* Totale [ ]
* Partielle[ ]

[ ] Grabataire | [ ] Lit médicalisé[ ] Verticalisateur[ ] Lève malade[ ] Matelas à air[ ] Pace maker[ ] Prothèse[ ] Chambre implantable[ ] Dialyse péritonéale[ ] Cannes, béquilles[ ] Fauteuil[ ] Déambulateur |

Indice de karnofsky :

[ ] 80 à 100% [ ] 40 à 70% [ ] 10 à 30%

Besoin d’accompagnement pour :

[ ] Compréhension de la maladie

[ ] Compréhension du traitement

[ ] Observance

[ ] Coordination des soins

[ ] Réalisation des Soins (hors distribution des traitements)

[ ] Autre – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Informations complémentaires :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature :